

Abteilung Sicherstellung

## Antrag auf Eintragung in das Arztregister

### ANGABEN ZUR PERSON

\_\_\_\_\_  
Titel / akademischer Grad

\_\_\_\_\_  
Familiename

\_\_\_\_\_  
Vorname(n)

\_\_\_\_\_  
Geburtstag

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

Geschlecht

männlich

weiblich

\_\_\_\_\_  
aktuelle Staatsangehörigkeit (Staat)

\_\_\_\_\_  
seit

### WOHNORT

\_\_\_\_\_  
PLZ

\_\_\_\_\_  
Ort

\_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
Telefax

\_\_\_\_\_  
Mobil

\_\_\_\_\_  
E-Mail

Ich versichere, dass die von mir in diesem Antrag gemachten Angaben mit den beigegeführten Unterlagen übereinstimmen. Änderungen in den geschilderten Verhältnissen werde ich unverzüglich der Arztregisterstelle mitteilen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**DIESEM ANTRAG FÜGE ICH DIE NACHFOLGEND GENANNTEN UNTERLAGEN IM ORIGINAL BEI**

Ausnahmsweise können auch amtlich beglaubigte Abschriften/Kopien akzeptiert werden (beachten Sie hierzu bitte die Hinweise auf der letzten Seite dieses Formulars)

Bei ausländischen Urkunden und Zeugnissen müssen ergänzend von einem staatlich anerkannten Übersetzer beglaubigte Übersetzungen vorgelegt werden

- Geburtsurkunde
- bei Namensänderung: die betreffende Urkunde (z.B. Heiratsurkunde) oder Auszug aus dem Familienbuch
- bei Wechsel der Staatsangehörigkeit: Einbürgerungsurkunde
- Zeugnis letzter Abschnitt der ärztlichen Prüfung (Staatsexamen)
- Approbation (sofern als amtlich beglaubigte Kopie vorgelegt: Beglaubigungsdatum nicht älter als drei Monate)
- Promotionsurkunde und gegebenenfalls weitere akademische Grade oder Titel
- Anerkennung für Gebiets-, Teilgebiets-, Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnung nach Weiterbildungsordnung
- Zeugnisse oder Bescheinigungen über alle bisherigen ärztlichen Tätigkeiten seit dem Staatsexamen  
→ In diesen Zeugnissen / Bescheinigungen müssen die jeweiligen Beschäftigungszeiträume angegeben sein
- Aktuelle Bescheinigung über die derzeitige ärztliche Tätigkeit (nicht älter als drei Monate)
- Falls bereits niedergelassen oder niedergelassen gewesen: Bescheinigung der zuständigen Ärztekammer über Ort und Dauer
- Falls bereits als Vertragsarzt zugelassen gewesen: Bescheinigung der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung
- Gegebenenfalls Nachweise zu Berufsverbot, Entzug beziehungsweise Ruhen der Approbation

**ANMERKUNGEN**

- Die vorgenannten Unterlagen verbleiben – mit Ausnahme der Originale – bei der durch die Kassenärztliche Vereinigung anzulegenden Registerakte
- Für diesen Antrag ist gemäß § 46 Ärzte-ZV eine Gebühr von € 100,00 zu entrichten. Sie erhalten hierüber eine separate Rechnung

**ANGABEN ZUR AUS- UND WEITERBILDUNG**

- Staatsexamen / letzter Abschnitt der ärztlichen Prüfung

Datum	Ort / Hochschule
-------	------------------

- Med. Promotion

Datum	Ort / Hochschule
-------	------------------

- Approbation

Datum	Approbationsstelle
-------	--------------------

- Gebiets- / Schwerpunkt- / Teilgebiets- / Zusatzbezeichnung

Datum	Bezeichnung
-------	-------------

Datum	Bezeichnung
-------	-------------

Datum	Bezeichnung
-------	-------------

Datum	Bezeichnung
-------	-------------

Datum	Bezeichnung
-------	-------------

Datum	Bezeichnung
-------	-------------

**FREMSPRACHENKENNTNISSE**

Kenntnisse ausreichend für Diagnose/Behandlung

Sprache	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---------	-----------------------------	-------------------------------

Sprache	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---------	-----------------------------	-------------------------------

Sprache	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---------	-----------------------------	-------------------------------

Sprache	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---------	-----------------------------	-------------------------------

Sprache	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---------	-----------------------------	-------------------------------

## TEILNAHME AN DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG

- Haben Sie die Absicht, sich demnächst als Vertragsarzt niederzulassen?  ja  nein

\_\_\_\_\_

Falls ja: Ort

\_\_\_\_\_

Falls ja: Zeitpunkt

- Sind Sie bereits in einem Arztregister eingetragen?  ja  nein

\_\_\_\_\_

Falls ja: Registerstelle

\_\_\_\_\_

Eintragsnummer

- Haben Sie bereits früher an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen oder nehmen Sie derzeit an der vertragsärztlichen Versorgung teil?  ja  nein

\_\_\_\_\_

Falls ja: in welchem KV-Bereich?

als zugelassener Arzt

\_\_\_\_\_

Zeitraum: von

\_\_\_\_\_

Zeitraum: bis

als ermächtigter Arzt

\_\_\_\_\_

Zeitraum: von

\_\_\_\_\_

Zeitraum: bis

als angestellter Arzt

\_\_\_\_\_

Zeitraum: von

\_\_\_\_\_

Zeitraum: bis

## ANGABEN ZUR APPROBATION

- Ist Ihnen die Approbation zu irgendeiner Zeit entzogen worden?  ja  nein \_\_\_\_\_
- Falls ja: Zeitraum von \_\_\_\_\_ Falls ja: Zeitraum bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls ja: durch welche Stelle?

\_\_\_\_\_

Falls ja: Grund

- Hat zu irgendeiner Zeit Ihre Approbation geruht?  ja  nein \_\_\_\_\_
- Falls ja: Zeitraum von \_\_\_\_\_ Falls ja: Zeitraum bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls ja: Grund

- Ist Ihnen zu irgendeiner Zeit die Berufsausübung als Arzt verboten worden?  ja  nein \_\_\_\_\_
- Falls ja: Zeitraum von \_\_\_\_\_ Falls ja: Zeitraum bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Falls ja: durch welche Stelle?

\_\_\_\_\_

Falls ja: Grund

## AUFSTELLUNG ÜBER DIE ÄRZTLICHE TÄTIGKEIT SEIT DEM STAATSEXAMEN

- vollständige und chronologische Auflistung
- anzugeben sind auch ärztliche Tätigkeiten bei der Bundeswehr, längere Vertretungen von Ärzten sowie frühere Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung (Zulassung, Ermächtigung, Anstellung)
- alle aufgelisteten Tätigkeiten müssen durch beigefügte Zeugnisse oder Bescheinigungen belegt werden

<b>1</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>2</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>3</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>4</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>5</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>6</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>7</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>8</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>9</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>10</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

<b>11</b>	_____	_____	_____
	Zeitraum: von	Zeitraum: bis	Ort
	_____		
	Klinik / Amt / Institut / Dienststelle / Praxis		
	_____		
	Stellung / Tätigkeit		

## Wichtige Informationen zum Antrag auf Eintragung ins Arztregister

Gemäß § 95 SGB V ist die Arztregistereintragung eine wesentliche Voraussetzung zur Erlangung einer Zulassung als Vertragsarzt. Die Registereintragung ist bei der Kassenärztlichen Vereinigung zu beantragen, in deren Zuständigkeitsbereich der Wohnsitz des Antragstellers liegt. Bei Wechsel des Wohnortes in einen anderen Zulassungsbezirk kann eine Umschreibung erfolgen. Bei einer Niederlassung in einem anderen Zulassungsbezirk wird eine Umschreibung von Amts wegen vorgenommen.

### DATENSCHUTZ

Die zur Bearbeitung Ihres Antrages erforderlichen Daten werden auf der gesetzlichen Grundlage der §§ 95 und 98 SGB V in Verbindung mit den Vorschriften der Zulassungsverordnung über die Führung des Arzt-/Psychotherapeutenregisters erhoben.

Das Arzt-/Psychotherapeutenregister wird mittels EDV erstellt. Die Speicherung, Übermittlung und Löschung erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften.

Über Art und Umfang der über eine Person geführten Registerdaten erhält die betreffende Person schriftliche Mitteilung.

### PERSÖNLICHE ABGABE DER ANTRAGSUNTERLAGEN

Es besteht die Möglichkeit, Ihre Antragsunterlagen persönlich im Arztregister vorzulegen. Vorgelegte Originale werden in solchen Fällen nach der Einsichtnahme und der Anfertigung von Kopien für die Registerakte unverzüglich an den Antragsteller zurückgegeben.

Sollten Sie hiervon Gebrauch machen wollen, so bitten wir um **vorherige Vereinbarung eines Termins** mit einem Mitarbeiter des Arztregisters. Sie erreichen diese über unser ServiceCenter (Telefon 06131 326-4400).

### BEGLAUBIGUNG

Die vorzulegenden Unterlagen müssen im Original vorgelegt werden. Ausnahmsweise können auch **amtlich beglaubigte Abschriften/Kopien** akzeptiert werden. Zur amtlichen Beglaubigung berechtigt sind gemäß § 1 des Landesgesetzes über die Beglaubigungsbefugnis:

- die Ortsbürgermeister und Ortsvorsteher,
- die Verbandsgemeindeverwaltungen und die Gemeindeverwaltungen der verbandsfreien Gemeinden,
- die Stadtverwaltungen der kreisfreien und großen kreisangehörigen Städte,
- die Kreisverwaltungen,
- die Struktur- und Genehmigungsdirektionen,
- die Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion,
- die Direktoren und Präsidenten der Gerichte,
- die Staatsanwaltschaften und Generalstaatsanwaltschaften,
- die Justizvollzugsanstalten,
- die obersten Landesbehörden,
- die landesunmittelbaren gesetzlichen Krankenkassen,
- alle übrigen Behörden im Rahmen ihrer sachlichen Zuständigkeit